

Anexo II ao Decreto nº 13.525, de 6 de dezembro de 2012.

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL		
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____ _____		Data: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
Nome: _____		
Data de Nascimento: / /	Sexo: Masculino Feminino	
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe: _____		
Pai: _____		
Responsável (Representante legal): _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Cidade	CEP:	UF:
Fone: _____	Email: _____	
Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:		

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
Deficiência FÍSICA (*) Deficiência VISUAL (*) * observar as instruções deste anexo. OBS: É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.	Descrição Detalhada da Deficiência
Nome: _____ Endereço: _____	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável